

HIPAA 個人代表授權表

患者資訊——請以正楷填寫**Patient Information – Please Print**

患者姓名: _____

Patient Name

出生日期: _____

Date of Birth

地址: _____

Address

城市/州/郵遞區號: _____

City/State/Zip Code

最易聯絡電話: _____

Telephone # most easily reached

本人茲授權以下所列個人作為本人受保護健康資訊 (Protected Health Information, PHI) 之個人代表。其權限包括存取、接收及討論本人之醫療紀錄與健康資訊。本人亦知悉，得於下方指定限制他人對本人紀錄之存取權限。

健康保險可攜性及責任法案》(HIPAA) 代表資訊——請以正楷填寫，**HIPAA Representative Information - Please Print**

患者姓名: _____

Patient Name

出生日期: _____

Date of Birth

地址: _____

Address

城市/州/郵遞區號: _____

City/State/Zip Code

最易聯絡電話: _____

Telephone # most easily reached

與患者關係: _____

Relationship to Patient

本人授予上述 HIPAA 代表存取以下資訊之權限:

I grant to the HIPAA Representative named above access to:

所有醫療紀錄及健康資訊之完整存取權——備註: 若需存取人類免疫缺陷病毒 (HIV)、精神科及物質濫用相關資訊，另需勾選下方對應方框。

Full access to all medical records and health information – note separate box below is also required for HIV, psychiatric and substance abuse access.

其他——請詳述限制條件或特定醫療事件: _____

Other - Specify limits or specific health care incident

本人 (患者) 透過勾選適當分類並於下方簽名，授予 HIPAA 代表存取額外健康資訊之權限。

本人瞭解，本人醫療紀錄可能包含 HIV 相關資訊、精神障礙診斷或治療相關資訊及/或物質濫用相關資訊；本人簽署本欄即明確授權 HIPAA 代表存取以下相關資訊 (請於每個同意 HIPAA 代表存取之項目旁簽上首字母縮寫)

____ 酒精、藥物或物質濫用資訊

Alcohol, drug, or substance abuse information

____ 愛滋病 (AIDS)、HIV 相關資訊 (含 AIDS 相關檢測及結果)

AIDS, HIV-related information (including AIDS related testing and results)

____ 心理健康相關資訊

Mental Health

____ 性傳染病相關資訊

Sexually Transmitted Disease information

____ 基因資訊

Genetic information

____ 研究相關資訊

Research Information

本紀錄之機密性受紐約州及聯邦法律規範。
未經書面同意或授權，不得向任何人轉送本文件內容。

患者本欄簽名: _____
Signature of Patient for this box

日期: _____
Date

本紀錄之機密性受紐約州及聯邦法律規範。
未經書面同意或授權，不得向任何人轉送本文件內容。

1. 本人瞭解，本人可以隨時以書面形式通知健康資訊管理部門 (Health Information Management Department) 撤銷本 HIPAA 代表指定，通知地址如下: **4802 10th Avenue Attention: Health Information Management Department, Brooklyn, NY 11219**；惟若本人撤銷本授權，對於瑪摩利醫療體系 (Maimonides Health) 在收到撤銷通知前已採取之行動，不具任何追溯效力。
2. 本人瞭解，本人是否簽署本授權表，不得做為本人接受治療或治療費用給付之條件。
3. 本人瞭解，依據本表格披露之資訊，可能被接收方以書面形式進一步轉披露，且此時該資訊不再受 HIPAA 規範保護。
4. 本人瞭解，本授權表之效力持續至下列時間：（請勾選其中一項）

患者以書面形式撤銷
Revoked in writing by the patient

日期如下: _____
On the following date

患者簽名: _____
Signature of Patient

日期: _____
Date

HIPAA 代表簽名: _____
Signature of HIPAA Representative

日期: _____
Date

（所有應填欄位填妥後本表方為有效）

*您有權拒絕簽署本表